CHIRURG POLSKI

CZASOPISMO POŚWIĘCONE CHIRURGII KLINICZNEJ i TECHNICE OPERACYJNEJ

REDAKCJA: WARSZAWA, UL. 6. SIERPNIA 37. TEL. 9-20-15
ADMINISTRACJA: WARSZAWA, UL. SMOLNA 30. TEL. 5-19-04

TREŚĆ:

PRACE ORYGINALNE

KAZUISTYKA

SOMMAIRE:

ARTICLES ORIGINAUX

RECEUIL DE FAITS

ROK III. Nr. 12

GRUDZIEŃ 1938 R.

CHIRURG POLSKI

ROK III. WARSZAWA, GRUDZIEŃ 1938 R. Nr 12

Z Instytutu Chirurgii Urazowej w Warszawie.
Kierownik: *Płk dr T. Sokołowski.*

FRACTURA EPICONDYLI MEDIALIS HUMERI

podał

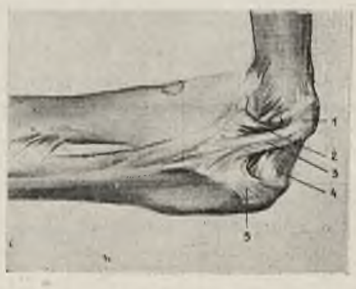
Dr Henryk Ciszkiewicz.

W ciągu 3 lat leczono w Instytucie Chirurgii Urazowej 135 przypadków złamania przyśrodkowej wyniosłości nadkłykciowej *(p. w. n.)* kości ramiennej. Na 1770 łokci zbadanych rentgenologicznie z powodu istniejących lub podejrzanych uszkodzeń kostnych tej okolicy, stanowi to około 7,6%. Statystyka Instytutu udowadnia, że wśród złamań obwodowej nasady kości ramiennej, złamania *p. w. n.* stoją na drugim miejscu, po złamaniach nadkłykciowych, a przed złamaniami w obrębie kłykcia bocznego.

W zebranym materiale zostały uwzględnione tylko odosobnione złamania *p. w. n.*, pominięto natomiast takie złamania nadkłykciowe oraz złamania całego kłykcia przyśrodkowego, w których bierze udział również *p. w. n.*

Dane anatomiczne. Wyniosłość nadkłykciowa przyśrodkowa kości ramiennej *(epicondylus medialis s. ulnaris humeri)*, u *Bochenka* — kłykieć przyśrodkowy, franc. *épitrochlée*, stanowi guzek kostny na przyśrodkowej krawędzi obwodowej nasady k. ramiennej, tuż ponad bloczkiem i stawem ramienno-łokciowym. Jest on miejsem przyczepienia więzadła pobocznego przyśrodkowego (rys. 1), oraz grupy mięśni zginaczy i nawrotnych, w skład której wchodzą mięśnie: nawrotny obły *(m. pronator teres)*, dłoniowy długi *(m. palmaris longus)*, powierzchowny zginacz palców *(m. flexor digitorum sublimis)*, zginacz łokciowy nadgarstka *(m. flexor carpi ulnaris)* i zginacz promieniowy nadgarstka *(m. flexor carpi radialis)*. Jądro kostnienia *p. w. n.* zjawia się dopiero w 4. — 5. roku życia, stopniowo powiększa się, a zupełny przyrost kostny ma miejsce w 16.—18. roku życia. W rowku na podstawie *p. w. n.* od strony tylnej przebiega nerw łokciowy.

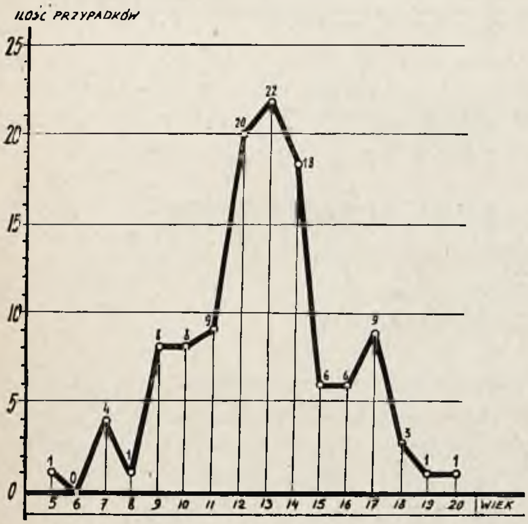
Złamania *p. w. n.* są stosunkowo częste u dzieci, w okresie od pojawienia się jądra kostnienia do jego zlania się z obwodową



Rys. 1. Więzadło poboczne przyśrodkowe stawu łokciowego (wg. Brausa). 1 — epicondylus medialis, 2 — ligamentum collaterale mediale, pars anterior (część zwiotczała), 3 — pars anterior (część napięta), 4 — pars posterior, 5 — pars transversa (Cooperi).

nasadą kości ramiennej — mamy tu do czynienia przeważnie z oddzieleniem jądra kostnienia w obrębie chrząstki, a więc z typową epifizjolizą. Złamania te wyjątkowo zdarzają się przed 7. rokiem życia (w naszym materiale 1 przyp. nawet w 5. r. ż.), najczęstsze są w 12. — 14. r. ż., po czym częstość ich stopniowo się obniża — obrazuje to wykres oparty na materiale

Instytutu (rys. 2). Złamania *p. w. n.* u dorosłych są znacznie rzadsze: na 135



Rys. 2. Wykres częstości złamań p. w. n. w zależności od wieku (od 5. do 20. r. życia).

przypadków mieliśmy ich tylko 18 (13,3%). Częstość występowania w pięcioleciach życia przedstawia następująca tablica:

L a t a :	ilość przypadków
0 — 5	1 przyp.
6 — 10	21 ,,
11 — 15	75 „
16 — 20	20 „
21 — 25	5 „
26 — 30	7 „
31 — 35	4 „
36 — 40	1 „
powyżej 40	1 „ (66 l.)

Złamania *p. w. n.* dotyczą znacznie częściej chłopców niż dziewcząt (106 : 29), co można objaśnić większym uprawianiem sportu, zwłaszcza jazdy na rowerze i gry w piłkę nożną, większą skłonnością do zmagań się lub upadków z wysokości (wspinanie się na drzewa, płoty). Częstość złamań *p. w. n.* kończyny prawej jest nieco większa niż lewej (75 : 60).

M e c h a n i z m z ł a m a n i a w wieku dziecięcym jest przeważnie p o ś r e d n i: upadek na dłoń przy wyprostowanej w stawie łokciowym kończynie.

W wywiadach spotykamy się z takim mechanizmem najczęściej: przewrócenie się, upadek z roweru, z drzewa, z drabiny, przy skoku przez „kobyłkę" lub wzwyż, przy grze w piłkę itp. Często chory nie potrafi dokładnie określić w jaki sposób upadł — na dłoń czy na łokieć, lub błędnie podaje upadek na łokieć, ponieważ w okolicy łokcia go zabolało; dokładnie zbierane wywiady zwykle wyjaśniają sytuację.

Podczas upadku na wyprostowaną kończynę następuje nadmierne odwiedzenie przedramienia (walgitacja), pociągające za sobą napięcie więzadła przyśrodkowego i oderwanie wyniosłości nadkłykciowej, do której się ono przyczepia. Dalszym etapem może być zwichnięcie przedramienia w stawie łokciowym, najczęściej boczne lub boczno-tylne, wyjątkowo rzadko — przednie.

W materiale Instytutu na 135 przyp. złamania *p. w. n.* zwichnięcie przedramienia w stawie łokciowym spostrzegano 36 razy — były to przeważnie zwichnięcia tylno-boczne, a tylko w jednym przypadku doszło do zwichnięcia przedniego (rys. 12). Ilość zwichnięć była zapewne jeszcze większa, gdyż nadwichnięcia często nastawiają się same, a poza tym przybywali do Instytutu chorzy, którym bezpośrednio po wypadku nastawił zwichnięcie lekarz lub nawet ktoś z otoczenia, i wobec tego fakt istnienia zwichnięcia nie został utrwalony na rentgenogramie lub nie odnotowany w wywiadach.

Do zwichnięcia może nie dojść, może jednak powstać, przy nadmiernym odwiedzeniu przedramienia, rozchylenie szpary stawu ramienno-łokciowego i wtedy odłamana wyniosłość, pociągana przez grupę

przyczepiających się do niej mięśni w kierunku obwodowym i promieniowym (m. nawrotny) zesuwa się z krawędzi bloczka i natrafia na ziejącą szparę, do której wpada. Jeżeli w tym momencie siła odwodząca przedramię przestanie działać, nastąpi w k l e s z c z e n i e odłamanej *p. w. n.* pomiędzy powierzchniami stawowymi, tj. pomiędzy bloczkiem a wcięciem półksiężycowatym kości łokciowej. Wkleszczenie takie może powstać również wtórnie, podczas nastawiania zwichnięcia — należy o tym pamiętać i zawsze po dokonaniu nastawienia wykonać rentgenogram przed nałożeniem szyny gipsowej, gdyż zdjęcie przez opatrunek gipsowy może być niewyraźne i istniejące wkleszczenie może pozostać niezauważone.

W naszym materiale wkleszczenie odłamanej wyniosłości nadkłykciowej w szparze stawowej stwierdzono w 16 przypadkach.

Znacznie rzadziej dochodzi u dzieci, przy takim samym mechanizmie urazu, do rozdarcia więzadła pobocznego; klinicznie można je stwierdzić na podstawie obecności ruchu bocznego w stawie lub koślawego ustawienia przedramienia; może powstać wtedy zwichnięcie bez współistnienia odłamania *p. w. n.*

Rzadko u dzieci, natomiast u dorosłych z reguły złamanie *p. w. n.* powstaje wskutek b e z p o ś r e d n i e g o zadziałania siły na tę okolicę, np. uderzenia przyśrodkową powierzchnią łokcia o twarde podłoże przy upadku, upadku ciężaru na okolicę wyniosłości nadkłykciowej, przejechania itp. Szpara złamania przebiegać może w obrębie dawnej linii przynasadowej, częściej jednak odłamek zawiera część kłykcia lub odwrotnie, złamanie dotyczy tylko wierzchołka czy dolnej krawędzi wyniosłości (rys. 9); spotkać się można również z zupełnym zdruzgotaniem *p. w. n.* Złamania otwarte należą do rzadkości (w naszym materiale tylko w 1 przypadku, wskutek zgniecenia łokcia pomiędzy zderzakami kolejowymi).

W cięższych urazach okolicy łokcia mogą powstać jednocześnie ze złamaniem *p. w. n.* złamania wyrostka łokciowego, główki kości promieniowej i tp.

P o w i k ł a n i e złamań *p. w. n.* może stanowić niedowład lub porażenie nerwu łokciowego — wskutek uszkodzenia (zazwyczaj zgniecenia) pnia nerwu, który przebiega w bezpośredniej bliskości wyniosłości nadkłykciowej.

W 4-ch naszych przypadkach z wkleszczeniem odłamu w szparze stawowej i z tego powodu leczonych operacyjnie, stwierdzono naocznie uciśnięcie nerwu łokciowego przez odłamaną wyniosłość — uwolnienie nerwu i przemieszczenie go pomiędzy mięśnie dało wynik pomyślny, w postaci stopniowego ustąpienia uprzednio istniejących objawów (zaburzeń czucia w obrębie łokciowej krawędzi dłoni i V palca, lekkiego przykurczu tego palca i in.).

O b j a w y złamania *p. w. n.* są dość charakterystyczne: bolesność w okolicy łokcia po stronie przyśrodkowej, nasilająca się przy ruchach, a zwłaszcza przy ucisku na wyniosłość; przy obmacywaniu można często stwierdzić ruchomość odłamu lub tarcie powierzchni złamania; obrzęk tej okolicy i podbiegnięcie krwawe; zaznaczony ruch boczny w kierunku odwiedzenia (walgitacja); wybitne ograniczenie ruchu zgięcia i prostowania (blokada) w przypadku wkleszczenia odłamu; mrowienie, drętwienie lub znieczulenie w zakresie obwodowego unerwienia przez nerw łokciowy, jako objawy ucisku na pień nerwowy przez odłam lub krwiak.

R o z p o z n a n i e na podstawie tych objawów nie jest trudne, jednak zawsze niezbędne jest wykonanie dobrego zdjęcia rentgenowskiego w 2-ch rzutach, celem ustalenia istnienia złamania, rodzaju przemieszczenia, stwierdzenia lub wyłączenia złamań innych typów (złamanie nad- lub przezkłykciowe, złamanie kłykci,

bloczka, wyniosłości główkowatej, wyrostka łokciowego czy główki k. promieniowej); czasem przemieszczenie odłamanej *p. w. n.* jest tak nieznaczne, że budzi się wątpliwość, czy jest to w ogóle złamanie, czy też mamy do czynienia z prawidłową, ale szeroką chrząstką nasadową, dającą na zdjęciu obraz szpary — w tych wypadkach konieczne jest wykonanie porównawczego rentgenogramu drugiego łokcia, co rozstrzyga wątpliwości.

L e c z e n i e. W przypadkach złamań o t w a r t y c h obowiązuje wczesne wycięcie i zeszycie rany — odłamaną wyniosłość najlepiej w tych razach usunąć.

Zabiegu doraźnego wymagają również złamania *p. w. n.* połączone ze zwichnięciem przedramienia — natychmiastowe nastawienie zwichnięcia jest bezwzględnie wskazane. Zabieg ten wykonujemy z reguły w uśpieniu, które znosi odruchowy kurcz mięśni i powoduje zwiotczenie tkanek. Przed nastawieniem obowiązuje wykonanie i obejrzenie rentgenogramów w dwu płaszczyznach, aby się zorientować w typie zwichnięcia oraz przekonać się czy współistnieje złamanie, o czym u dzieci zawsze należy myśleć. Jak już wspomniałem, po nastawieniu konieczne jest zdjęcie kontrolne (przed nałożeniem opatrunku gipsowego), by nie przeoczyć wkleszczenia odłamanej wyniosłości.

W świeżych złamaniach *p. w. n. z* wkleszczeniem należy przede wszystkim wykonać próbę bezkrwawego odprowadzenia wkleszczenia: za pomocą ostrożnych ruchów biernych w stawie łokciowym — odwiedzenia oraz zginania i prostowania, względnie ruchów obrotowych — udaje się nieraz wyprowadzić ze szpary stawowej wkleszczony odłam, co przekształca ten poważny typ złamania w złamanie zwykłe, kwalifikujące się w zupełności do leczenia zachowawczego. Próba odkleszczenia musi być wykonana w uśpieniu i bardzo ostrożnie, by nie spowodować większych uszkodzeń torebki stawowej, przyczepów mięśniowych i — co najważniejsze — nerwu łokciowego.

W Instytucie na 16 przyp. z wkleszczeniem dokonano w trzech przypadkach odkleszczenia zachowawczego.

Przypadki świeże, w których odkleszczenie opisanym sposobem nie udało się, a także przypadki zastarzałe — wymagają leczenia operacyjnego, gdyż pozostawienie odłamu kostnego w szparze stawowej blokuje ruchy w stopniu znacznym i wywołuje zmiany zniekształcające — osteoarthritis deformans (rys. 14b).

Zabieg operacyjny polega na otwarciu stawu ramienno-łokciowego. Cięcie tylne Langenbecka daje wprawdzie doskonały dostęp do całego stawu łokciowego, ale jest w tych przypadkach zbyt rozległe, a przy tym pozostawia po sobie, wskutek zmian bliznowatych w tkankach miękkich, pewne ograniczenie ruchów. Najzupełniej wystarczające jest tu nieduże cięcie przyśrodkowe, przebiegające przed nasadą wyniosłości nadkłykciowej i krzyżujące szparę stawu ramienno-łokciowego. Po przecięciu skóry i tkanki podskórnej uwidocznia się tkanka rościęgnowa grupy mięśni przyczepiających się do wyniosłości, widać przy tym, jak pasmo tej tkanki pogrąża się w szparze stawowej, gdyż tam tkwi odłamana wyniosłość wraz z przyczepami mięśniowymi. Po wykonaniu odwiedzenia przedramienia nie trudno wydobyć ze szpary odłam kostny pociągając za pasmo mięśniowe, względnie pomagając sobie podważką wprowadzoną do szpary stawowej. Odkleszczony odłam, o ile jest dostatecznie duży, ruchomy oraz o ile pozostaje w łączności z przyczepami mięśniowymi, w przypadkach świeżych warto dopasować do miejsca odłamania i przybić stalowym nierdzewnym drutem, wypuszczonym na zewnątrz przez ranę skórną (usuwamy drut po upływie 2 — 3 tygodni). W razie

niemożności wykonania zespolenia — usuwa się odłam wyniosłości, a przyczepy mięśniowe przyszywa się szwami jedwabnymi do tkanek miękkich (mięśni, okostnej) tej okolicy, bacznie uważając, by nie chwycić w szew lub w inny sposób nie uszkodzić nerwu łokciowego.

Z pośród 11 naszych przypadków operowanych z powodu wkleszczenia, w 2 przybito odkleszczoną wyniosłość nadkłykciową, w 9 — usunięto ją.

Przypadki zwykłego złamania czy epifizjolizy *p. w. n.* zasadniczo nie wymagają leczenia operacyjnego. Leczenie polega na unieruchomieniu kończyny opatrunkiem gipsowym (szyna tylna, rzadziej opatrunek okrężny) w ustawieniu zgięcia pod kątem prostym na okres 3 —4 tygodni. W razie dużego obrzęku należy zmienić opatrunek po upływie 4 — 6 dni, tj. gdy ustąpi obrzęk. Celem przyspieszenia zmniejszenia się obrzęku dobrze jest ułożyć kończynę na szynie odwodzącej lub zawiesić ją w uniesieniu ku górze na przyłóżkowej podstawce. Po ustąpieniu obrzęku można łatwo docisnąć wyczuwalną i przesuwalną pod skórą wyniosłość nadkłykciową, starając się doprowadzić ją na właściwe miejsce, po czym ustalić ją za pomocą dobrze wymodelowanego opatrunku gipsowego, pamiętając o podłożeniu pomiędzy gips a wystającą guzowatość kostną miękkiej podkładki z filcu lub waty.

W 4 przypadkach przybito odłamaną i przemieszczoną wyniosłość nierdzewnym drutem, po krwawym nastawieniu z małego cięcia płatowego lub bezkrwawo — przezskórnie (rys. 6b); przy porównaniu wyników tego rodzaju leczenia z wynikami leczenia zachowawczego dochodzi się do wniosku, że zabieg ten, aczkolwiek mały i prosty, jest zbędny.

Po zdjęciu szyny unieruchamiającej obowiązuje leczenie fizykalne, takie same jak w innych przypadkach śródstawowych złamań w obrębie stawu łokciowego: uruchamianie czynne za pomocą wytrwałej gimnastyki, b e z s z k o d l i w e g o we wczesnym okresie m a s a ż u. Korzystne jest działanie ciepła w postaci ciepłych kąpieli lub niezbyt energicznych nagrzewań, a dopiero po upływie 4 — 6 tygodni mogą wejść w grę ćwiczenia bierne, gimnastyka zanderowska oraz masaż mięśni ramienia i przedramienia.

Z e j ś c i e. Niepowikłane złamania *p. w. n.* nie powodują znaczniejszego upośledzenia sprawności kończyny; zwykle zakres ruchów zgięcia i prostowania oraz obrotowych jest pełny, czasem pozostaje nieduże ograniczenie prostowania, rzadziej zgięcia. Upośledzenia te są zazwyczaj zejściem złamań wcale nie leczonych, albo zbyt długo unieruchomionych. Jeśli znacznie przemieszczony odłam nie został nastawiony lub przynajmniej zbliżony, to może nie dojść do zrostu, względnie powstaje zrost tylko łącznotkankowy — jednak i w tych przypadkach wynik czynnościowy jest na ogół dobry, a o przebytym złamaniu świadczy tylko pewne zniekształcenie w okolicy *p. w. n.* oraz umiarkowana koślawość łokcia.

Natomiast jeżeli złamana wyniosłość nadkłykciowa przyrośnie w miejscu nieprawidłowym, np. do wyrostka dziobiastego lub krawędzi wcięcia półksiężycowatego — może powstać znaczne upośledzenie ruchomości, wymagające wkroczenia operacyjnego.

W jednym z przypadków Instytutu odłam *p. w. n.* przyrósł do krawędzi wcięcia półksiężycowatego, blokując w znacznym stopniu ruchy stawu (rys. 15a). Zabieg operacyjny polegał na zdłutowaniu i usunięciu odłamu (rys. 15b).

Znaczne upośledzenie sprawności kończyny powoduje nie nastawione zwichnięcie (zwłaszcza utrwalone w ustawieniu wyprostnym), oraz zaniedbane wkleszczenie odłamu *p. w. n.* w szparze stawowej.

Zaburzenia stojące w związku z pierwotnym uszkodzeniem nerwu łokciowego

mogą doprowadzić do upośledzenia sprawności kończyny (zaniki mięśniowe, przykurcze, zaburzenia czucia); objawy porażenia nerwu łokciowego mogą również wystąpić wtórnie, wskutek uciśnięcia pnia nerwowego przez rozrost kostniny.

W y n i k i. W celu przekonania się o późnych wynikach leczenia złamań *p. w. n.* zawezwano do Instytutu 70 osób do badania kontrolnego (z wyjątkiem mieszkających z dala od Warszawy oraz przypadków świeżych, t. j. z okresu ostatniego półrocza). Do badania zgłosiły się 44 osoby, w tym 39 dzieci i 5 osób dorosłych; z tej liczby było leczonych zachowawczo 38, a 6 operacyjnie (3 przyp. — przybicie odłama drutem, 2 — operacyjne odkleszczenie i przybicie *p. w. n.*, 1 — operacyjne odkleszczenie i usunięcie odłama). Wyniki badania kontrolnego oceniano jako b a r d z o d o b r e — gdy wszystkie ruchy w stawie łakciowym były w zakresie zupełnie prawidłowym i gdy badani nie uskarżali się na żadne dolegliwości; jako d o b r e — gdy pozostało nieduże (w granicach do 30^{0}) ograniczenie prostowania, rzadziej zgięcia, lub nieznaczne dolegliwości (np. na zmianę pogody, przy ciężkiej pracy itp.); wreszcie jako z ł e — przy znaczniejszym ograniczeniu ruchów i stałych dolegliwościach. W tej skali wyniki w naszych przypadkach są następujące:

Po leczeniu zachowawczym: b. dobre — 24, dobre — 13, złe — 1.

Po leczeniu operacyjnym: b. dobre — 3, dobre — 2, złe — 1.

Jeśli chodzi o wyniki niepomyślne, to pierwszy z nich nie był leczony w Instytucie: zgłosił się do badania w 2 tyg. po wypadku, a gdy rozpoznano wkleszczenie i zaopiniowano o konieczności leczenia operacyjnego, na zabieg nie zgodził się. Obecnie, po upływie 2 lat od złamania zdjęcie rtg. wykazało utrzymujące się wkleszczenie oraz duże zmiany okołostawowe zniekształcające (rys. 14), a klinicznie — ograniczenie prostowania do 145^{0}, przy prawie pełnym zgięciu, oraz dolegliwości uniemożliwiające ciężką pracę.

Drugi zły wynik dotyczy 15-letniego chłopca, który przebył złamanie z wkleszczeniem; wobec zupełnej blokady usunięto operacyjnie wkleszczony odłam i wcześnie rozpoczęto uruchamianie kończyny (po 16 dniach). Stosowano energiczną mechanoterapię, jednak bez pomyślnego wyniku. Rentgenologicznie stwierdzono powstanie zwapnień okołostawowych. Leczenie zakończono mechanoterapią sposobem *Mommsena.* Przy badaniu kontrolnym po upływie 1½ roku stwierdzono: zgięcie prawie pełne, prostowanie do 120^{0}, ruchy obrotowe nieco upośledzone. Zapewne przyczyną takiego niepomyślnego wyniku było zbyt wczesne uruchomienie po zabiegu oraz zbyt wczesne rozpoczęcie energicznej mechanoterapii.

W pozostałych 47 przypadkach, w których minęło ponad ½ roku od złamania, nie można było niestety, z przyczyn od nas niezależnych, przeprowadzić badania kontrolnego. Późne wyniki leczenia tych przypadków które się do kontroli stawiły, a które stanowią około 50% wezwanych, dostatecznie świadczą jednak o pomyślności rokowania w złamaniach *p. w. n.* oraz o celowości stosowanych metod leczniczych.

Reprodukowane tu odbitki rentgenogramów (rys. 3 — 15) przedstawiają najbardziej charakterystyczne typy złamań *p. w. n.* i ich powikłań w różnych okresach leczenia; podpisy pod poszczególnymi rysunkami objaśniają je w stopniu wystarczającym.

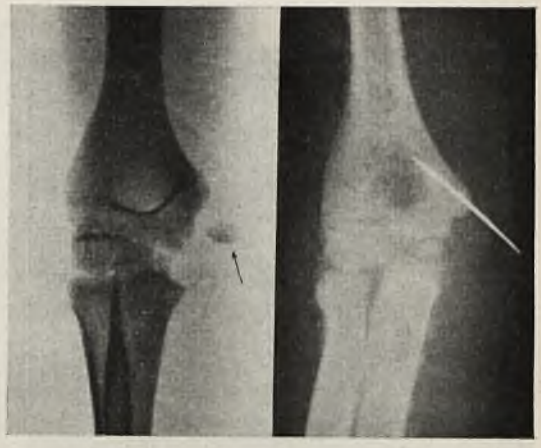
PIŚMIENNICTWO.

W p o l s k i m piśmiennictwie nie znalazłem pracy omawiającej złamania przyśrodkowej wyniosłości nadkłykciowej. Z piśmiennictwa o b c e g o zasługuje na uwagę: *A. Mouchet* — „Fractures de l'épitrochlée" w „Traité de Chirurgie Orthopédique" Ombrédanne & Mathieu, t. III, 1937, str. 2265 — 2273 oraz *Siméon M. A.* — „La fracture de l'épitrochlée chez l'adulte" (Rev. d'orthop. t. 23 Nr 4/1936, str. 308 — 324), z wykazem piśmiennictwa obcego, liczącym 51 pozycyj.

Rys. 3. Przyp. 5/37. M. L. 7 l. Epifizjoliza p. w. n.

Rys. 4. Przyp. 19/36. Sz. J. 14 l. Złamanie (epifizjoliza) p. w. n. oraz kontrolne zdjęcie zdrowego stawu łokciowego.

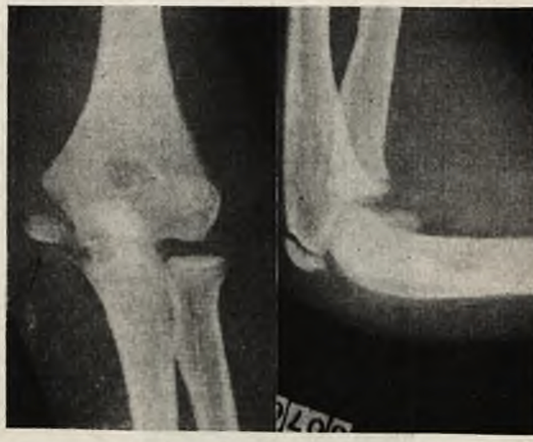
Rys. 5. Przyp. 18/37. G. R 12 l. Złamanie (epifizjoliza) p. w. n.; obok wynik końcowy (po upływie 5 tyg.).



Rys. 6. Przyp. 10/37. Ł. Z. 13 l. Złamanie (epifizjoliza) p. w. n.; obok po przezskórnym przybiciu odłamu drutem.

Rys. 7. Przyp. 19/37. K. J. 18 l. Złamanie p. w. n. Rys. 8. Przyp. 16/37. N. J. 66 l. Złamanie p. w. n. (przejechanie kołem wozu, uraz bezpośredni). Rys. 9. Przyp. 27/38. Z. M. 35 l. Odłamanie dolnej krawędzip. w. n.

Rys. 10a. Przyp. 23/38. M. Z. 14 l. Zwichnięcie tylno-boczne ze złamaniem p. w. n.



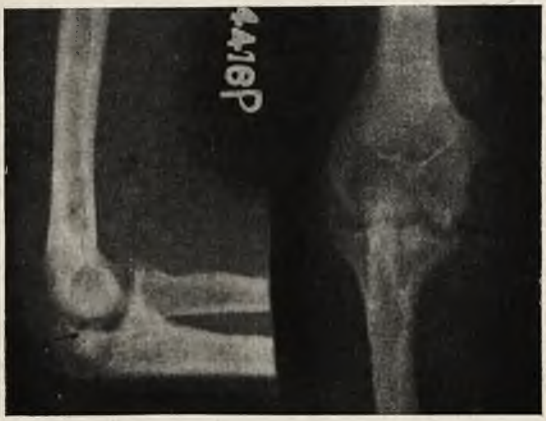
Rys. 10b. Przyp. 23/38. Po nastawieniu zwichnięcia.

Rys. 11a. Przyp. 48/37. Sz. D. 12 l. Zwichnięcie tylno-boczne ze złamaniem p. w. n.

Rys. 11b. Przyp. 48/37. Po nastawieniu zwichnięcia.

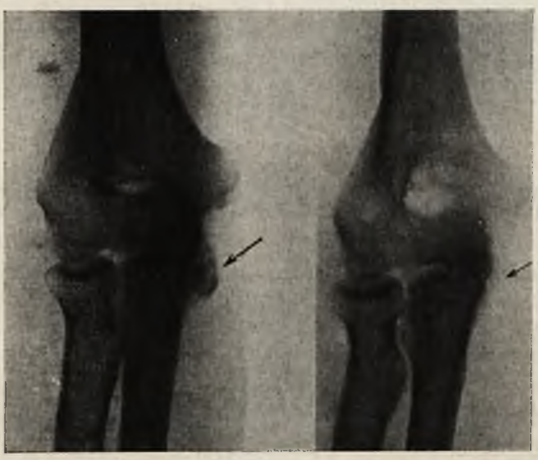
Rys. 12. Przyp. 6/36. W. K. 15 l. Zwichnięcie przednie ze złamaniem p. w. n.

Rys. 13. Przyp. 12/37. S. K. 14 l. Złamanie p. w. n. z wkleszczeniem odłamu w szparze stawowej.



Rys. 14a. Przyp. 13/36. Ch. K. 17 l. Złamanie p. w. n. z wkleszczeniem w szparze stawowej (w 2 tyg. po złamaniu — na leczenie operacyjne chory nie zgodził się).

Rys. 14b. Przyp. 13/36. Wybitne zmiany zniekształcające, będące po 2 latach wynikiem zaniedbanego wkleszczenia odłamanej p. w. n. w szparze stawowej.



Rys. 15. Przyp. 34/38. K. Z. 21 l. Nieprawidłowy przyrost odłamanej p. w. n., ograniczający ruchy w stawie. Obok — po operacyjnym usunięciu odłama.

Fractura epicondyli medialis humeri

von

Dr H. Ciszkiewicz (Warszawa).

ZUSAMMENFASSUNG.

Im Laufe der letzten 3 Jahre wurden im *Institut für Traumatologie* in Warschau 135 Fälle von f r a c t u r a e p i c o n d y l i m e d i a l i s h u m e r i behandelt, was auf 1770 röntgenologisch untersuchten Ellenbogengelenke eine Zahl von 7,6% gibt. Am meisten kommen sie bei Kindern von 12 — 15 Jahren, öfters bei Knaben (106 : 29), selten bei Erwachsenen (18), vor.

Die Ursache besteht gewöhnlich im direkten Trauma: Fall auf die im Ellenbogengelenk gestreckte Hand, was zur maximalen Abduktion und Abriss des Epikon-

dylus durch das ligamentum mediale führt; oft kommt es zur Verrenkung (36 Fälle), oder zur Einklemmung des abgerissenen Knochenstückes in der Gelenkspalte (16 Fälle). Beim Erwachsenen ist das Trauma gewöhnlich indirekt. Die Ulnarislähmung beobachtete man als Komplikation in 4 Fällen.

Die Diagnose ist auf Grund klinischer Symptome und Röntgenogramme leicht zu stellen. Die Behandlung ist im allgemeinen konservativ: nach Einrichtung des Frakturstückes, Immobilisierung in einer Gipsschiene auf 3 — 4 Wochen, danach langsame aktive mobilisierung und später Physiotherapie. Die Verrenkung muss sofort eingerichtet und röntgenologisch kontroliert werden, ob keine Einklemmung des Bruchstückes zurürckgeblieben ist. Indikationen zur operativen Behandlung geben offene Brüche, komplizierte Fälle mit Einklemmung, welche sich auf konservativem Wege nicht reponieren lassen und Fälle die mit primärer Ulnarislähmung verlaufen. Das eingeklemmte Bruchstück wird aus der Gelenkspalte mittels eines medialen Schnittes entweder entfernt, oder nach Einrichtung mit Draht befestigt.

Das Endergebniss ist im allgemeinen gut, selten bleibt eine grössere Funktionsstörung auf die Dauer übrig. Auf 44 Fälle, die nach einem Zeitraum von über ½ Jahre nach der Fraktur nachuntersucht wurden, konnte man bei 27 einen sehr guten, bei 15 einen guten, und nur bei 2 einen mangelhaften Erfolg feststellen, d. h. dass bei den letzten eine grössere Funktionsstörung übrig blieb.

K A Z U I S T Y K A

Z Miejskiego Zakładu Położniczego im. ks. Anny Mazowieckiej w Warszawie.
Dyrektor: *Dr W. Janczewski.*

ODLEGŁY WYNIK WYCIĘCIA CZĘŚCI PŁATA WĄTROBY U NOWORODKA.

podał

Dr Jan Kossakowski

Kierownik Oddziału Chirurgicznego Kliniki Pediatrycznej U. J. P.

Przepukliny pępowinowe, zależnie od ich rodzaju, wielkości, jak również od ich zawartości, mogą nastręczać chirurgowi szereg trudności podczas operacji. Szczególnie ciężkie warunki spotykamy w przypadkach tych przepuklin należących do typu zarodkowego, które, jak wiadomo, powstają przed końcem trzeciego miesiąca życia płodu. W tych razach spotykamy się z reguły z brakiem wykształconej i zróżnicowanej blaszki otrzewnej, ubytek w ścianie brzuch bywa często rozległy, zawartość zaś przepukliny (jelito, wątroba oraz inne narządy jamy brzusznej) znajduje się bezpośrednio pod blaszką owodni, która miejscami jest silnie zrośnięta z trzewiami, a zwłaszcza z wątrobą. W tych warunkach oddzielenie owodni od narządów jamy brzusznej bywa nieraz bardzo trudne, a nawet niebezpieczne z powodu towarzyszących temu znacznych krwawień miąższowych, które, o ile mają miejsce z powierzchni wątroby, często prowadzą do śmierci dziecka na stole operacyjnym. Osobiście już dwukrotnie spostrzegałem obfite i uporczywe krwawienia podczas od-

dzielania zrośniętego z owodnią płata wątroby. Wyżej wymienione niebezpieczeństwa, żywo również podkreślane w piśmiennictwie przez wielu chirurgów, skłoniły mnie w trzech następnych przypadkach przepuklin pępowinowych u noworodków do częściowego wycięcia płata wątroby, będącej w silnych zrostach z owodnią i nie dającej się inaczej odprowadzić do jamy brzusznej. Z tych przypadków dwa zmarły w parę dni po zabiegu, jeden zaś udało nam się uratować. Wobec posiadanych już dzisiaj wyników odległych, bo sięgających czteroletniego okresu od operacji, pozwalam sobie przytoczyć opis tego przypadku.

Dnia 19.IX 1934 r. zostałem wezwany do Miejskiego Zakładu Położniczego im. ks. Anny Mazowieckiej w Warszawie, gdzie przed paroma dniami urodziło się dziecko płci żeńskiej z przepukliną pępowinową.

W y w i a d y: Dziewczynka urodzona dn. 14.IX 1934 r. Wiek matki — 25 lat, wiek ojca — 21 lat. Odczyny krwi matki: Wassermana (—), Sachs-Georg (—), odczyn pępowinowy dziecka: Wassermana i Sachs-Georg (—). Matka rodzi po raz pierwszy (dwa lata po ślubie). Poród odbył się siłami natury (położenie główkowe).

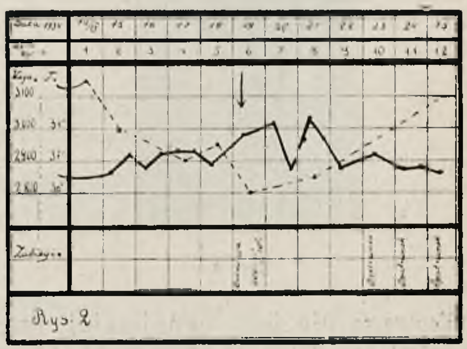
S t a n o b e c n y: Dziecko donoszone (dziesiąty miesiąc). Waga 3150 gr., wzrost — 48 cm., obwód główki — 33 cm, obwód klatki piersiowej — 34 cm. Dziecko ogólnie dobrze rozwinięte, główka okrągła, skóra różowa. Ciepłota w odbycie 37.6°. Na brzuchu w linii środkowej w odległości 6 cm. ponad spojeniem kości łonowych stwierdza się guz wielkości dużej pomarańczy, o spoistości twardej, pokryty błoną owodni, miejscami zgorzelinowo zmienioną, z licznymi grubymi szaro-zielonymi nalotami. U podstawy widoczny jest okrężny fałd skórny, w którym zaznacza się przejście owodni w skórę brzucha. Sznur pępowinowy odchodzi od podstawy guza. Załączam zdjęcie dziecka przed operacją (rys. 1).

Przystąpiono natychmiast do z a b i e g u o p e r a c y j n e g o. Bez znieczulenia nacięto błonę owodni i bezpośrednio pod nią znaleziono kilka pętli jelita cienkiego oraz płat wątroby ściśle zespolony z owodnią i zajmujący ¾ górnej części guza. Po odprowadzeniu pętli jelita do jamy brzusznej dokonano klinowego wycięcia części wątroby. Przecięte brzegi miąższu zbliżono za pomocą paru głębokich strunowych szwów materacowych. Następnie wycięto pozostałą część owodni, okrwawiając brzegi ubytku skórnego. Mięśnie oraz brzegi skóry zeszyto pojedyńczymi warstwowymi szwami silkowymi. Opatrunek uciskowy. Zabieg operacyjny trwał około 12 minut. Długość wyciętego kawałka wątroby 6 cm, szerokość 3½ cm, grubość 2½ cm.

Rys. 1.

B a d a n i e a n a t. p a t. (L. 13253 U. J. P., z dnia 28.IX 1934 r.): „w nadesłanym wycinku stwierdza się utkanie wątroby z ogniskowym porozsuwaniem beleczek".

Przebieg pooperacyjny bez powikłań, dziecku przybywa na wadze, ciepłota w pierwszych dwuch dniach dochodzi do 38°, następnie w granicach normy. Dn. 25. IX zdjęto część szwów i stwierdzono w dole rany nieznaczne rozejście się jej brzegów. Dnia 10.X stwierdzono zupełne zagojenie rany. Podaję odpis karty ciepłoty z jednoczesnym wykresem krzywej wagi (rys. 2).



Rys. 2.

W sierpniu 1936 roku oględziny dziecka wykazały dobry stan i ogólny rozwój, jak również brak

wszelkich dolegliwości. Rys. 3. i 4. przedstawiają zdjęcia dziecka w trzy miesiące oraz w cztery lata po operacji. Powtórna kontrola dziecka w styczniu 1937 wykazała również stan dobry. Stan dziecka w listopadzie 1938 roku nie wykazał żadnych odchyleń od normy.

Rys. 3.

Opisany przypadek był w r. 1934 przedstawiony na posiedzeniach Warsz. Tow. Chirurgów, Pediatrów oraz Ginekologów.

Wycinanie części płata wątroby w przypadkach przepuklin pępowinowych typu

Rys. 4.

zarodkowego nie jest bynajmniej rzeczą nową. Wielu chirurgów wykonywało podobne zabiegi, jednak w większości kończyły się one niepomyślnie. Zaledwie w paru opisanych przypadkach udało się dzieci utrzymać przy życiu. *Ellerbock* [1]) doradza w tych razach nie wahać się przed wykonaniem tego zabiegu, przytaczając przypadki *Rungego* i *Arndta. Rohte* uzyskał również wyleczenie dziecka po tej operacji. *Zillmer* posługiwał się rozpalonym żegadłem, odpalając nim wycinek wątroby, co miało zapobiegać nadmiernemu krwawieniu. W przypadku *Knestnera*[2]) wynik bezpośredni był pomyślny, jednak 11. dnia po operacji wystąpiły krwawe wymioty i wkrótce po tym dziecko zmarło. W dostępnym mi piśmiennictwie polskim nie znalazłem nigdzie wzmianki o dokonaniu tego zabiegu w przypadku przepukliny pępowinowej.

W opisanym przez nas przypadku, aczkolwiek rozmiary przepukliny nie były jeszcze zbyt wielkie, niepomyślny był fakt, iż operację wykonano dopiero w 5. dobie życia, co było uzależnione od braku zgody rodziców. Należy dodać, że według zgodnej opinii niemal wszystkich autorów śmiertelność pooperacyjna w tych przypadkach[3]) w pierwszych 12 godzinach jest stosunkowo nie wielka, następnie zaś wzrasta ona niemal z każdą godziną, a już po upływie 24 godzin od urodzenia wyraża się, według liczb podawanych przez *Finsterera,* liczbą 40%. W czwartej i piątej dobie odsetek śmiertelności jest dwukrotnie większy. Pomyślny wynik w naszym przypadku w znacznym stopniu zależny był od grubości owodni, która zdołała przez tyle dni ochronić od zakażenia zawarte pod nią trzewia, jak również i od dużej wytrzymałości dziecka, które nie tylko nie uległo za-

---

[1]) Dtsch. Med. Woch. Zg. 48, N 36 S. 1213.

[2]) Operation einer Nabelschnurhernie mit Resektion des vorgefallenen Leberlappens. Ztbl. für Gynäckol. 1901 N 1.

[3]) Mam tu na myśli przypadki zwykłych przepuklin pępowinowych dających się łatwo odprowadzić i posiadających dostateczną ilość skóry do pokrycia ubytku.

każeniu, lecz zniosło pomyślnie tak ciężki zabieg.

Na zakończenie chciałbym dodać parę uwag. Istnieją liczne przypadki przepuklin pępowinowych, które pomimo nawet bardzo dużych rozmiarów udaje się nieraz łatwo odprowadzić, po czym zeszycie powłok nie nastręcza większych trudności. W przypadkach cięższych uciekałem się parokrotnie do wykonania odbarczających cięć w liniach pachowych w celu szczelnego pokrycia skórą ubytku w miejscu wytrzewienia. Jak zaznaczyłem wyżej, trzykrotnie wykonałem wycięcie płata wątroby, której w inny sposób nie mogłem odprowadzić do jamy brzusznej. Na podstawie tych przypadków chciałbym jak najmocniej podkreślić, że wycięcie to powoduje natychmiast wydatne zmniejszenie objętości wątroby bynajmniej nie proporcjonalne do wielkości usuniętego kawałka, co w rezultacie znacznie ułatwia dokończenie tej ciężkiej operacji. We wszystkich moich przypadkach krwawienie z przeciętego miąższu nie było zbyt obfite i w zupełności dało się opanować z chwilą założenia paru głębokich szwów materacowych. Ważnym szczegółem technicznym jest przecinanie miąższu bardzo szybkim ruchem i, rzecz zrozumiała, ostrym nożem. Wydaje mi się, że chociaż zabieg ten nie często rokuje pomyślny wynik, to jednak nie należy nigdy wahać się przed jego wykonaniem, zwłaszcza że w tych niemal beznadziejnych sytuacjach jest to jeszcze jedyny sposób umożliwiający w ogóle dokończenie rozpoczętej operacji, ratującej niekiedy życie dziecka[4]).

---

[4]) W niniejszym krótkim doniesieniu nie powołałem się na obszerne piśmiennictwo polskie dotyczące przepuklin pępowinowych, ponieważ poruszyłem tu jedynie zagadnienie częściowego wycinania wątroby w niektórych postaciach tych przepuklin.

Résultat eloigné d'une résection partielle d'un lobe du foie chez un nouveau-né

par

Dr Jan Kossakowski.

RÉSUMÉ.

L'auter rapporte un cas de resection partielle d'un lobe du foie: chez une fillette agée de cinq jours, au cours d'une opération d'hernie foetale. *J. K.* conseille cette intervention comme procédé de choix en tout cas d'hernies foetales contenantes le foie prolabé adherant au sac.

Z Poradni Sportowo-Chirurgicznej przy II Klinice Chirurgicznej U. J. P.
Kierownik: *Prof. Dr A. Wojciechowski.*

PRZYPADEK DUŻEGO USZKODZENIA ŁĄKOTKI W ŚWIETLE ZDJĘĆ PNEUMOGRAFICZNYCH

podał

Stanisław Tokarski.

Pneumografia — dla oceny i diagnostyki uszkodzeń stawu kolanowego, a szczególnie łąkotek — jest już obecnie metodą szeroko i powszechnie stosowaną. Duży materiał uszkodzeń łąkotek, jakim rozporządzamy w naszej Poradni pozwala już obecnie na zorientowanie się co do wartości pneumografii przy wykrywaniu uszko-

dzeń łąkotek. Istnieją wprawdzie oddziały chirurgiczne, które pneumografii przed operacją nie wykonują, zadawalając się jedynie wynikiem badań klinicznych.

Na Zjeździe Lekarzy Sportowych w Zakopanem w lutym 1939 r. omówimy wspólnie z *dr Goldmanem* wartość pneumografii z punktu widzenia rozpoznawczego oraz poruszymy zagadnienie niezbędności zdjęć pneumograficznych w każdym przypadku uszkodzenia łąkotki, szczególnie przed decyzją co do zabiegu operacyjnego.

Szczegóły techniki wykonywania pneumografii podane są w pracy *Goldmana* i *Lachowicza* w „Chirurgu Polskim" (Nr 1/1937), gdyż i my wzorujemy się na tej samej technice. Wykonujemy cztery zdjęcia: przednio-tylne, boczne i dwa skośne, przechylając kolano o 15° od płaszczyzny strzałkowej w prawo i w lewo; wszystkie te zdjęcia wykonywane są zawsze w pozycji wyprostnej stawu kolanowego. Niektórzy autorzy wykonują niekiedy zdjęcia pneumograficzne i przy zgiętym stawie kolanowym, ale raczej tylko dla wykrycia innych zmian anatomicznych, wtedy lepiej widocznych (zerwanie więzadeł krzyżowych). Niektórzy wreszcie zadawalają się tylko dwoma zdjęciami, przednim i bocznym.

Przypadek który obecnie opiszę, może być dowodem, że nawet i te cztery zwykłe zdjęcia pneumograficzne mogą okazać się niewystarczającymi dla oceny uszkodzenia łąkotki, mimo że uszkodzenie jest bardzo duże. Małe uszkodzenia łąkotek, jak wiemy z doświadczenia, mogą czasami nie dawać zmian w obrazie pneumograficznym, pomimo, że potem stwierdzamy je podczas operacji.

Przypadek dotyczy młodej kobiety l. 23, nauczycielki z Pomorza, która będąc na kursie W. F. w Warszawie uległa urazowi lewego stawu kolanowego. Przedtem już w lipcu b. r. w czasie gry w siatkówkę poczuła, że coś jej przeskoczyło w lewym kolanie i od razu chora nie mogła już chodzić, gdyż wyprostowanie kolana sprawiało jej duży ból. Stwierdzono wtedy wylew do stawu kolanowego i przez 1½ miesiąca leczono chorą w Poznaniu diatermią i masażami. Po tej kuracji chodziła zupełnie normalnie i dopiero 14.IX b. r. skręciła sobie znów lewą nogę w stawie kolanowym, przy czym wystąpiły te same objawy, co i poprzednio. 19.IX zgłosiła się do naszej Poradni i wtedy stwierdzono ograniczenie ruchów w stawie kolanowym, dość znaczną ilość płynu w stawie (obwód kolana większy o 2 cm), zanik mięśni uda lewego (różnica 2 cm w porównaniu z prawym) oraz dużą bolesność całego stawu kolanowego. Nałożono tutor gipsowy i polecono po dwóch tygodniach zgłosić się do Kliniki dla dalszego leczenia Na leczenie natychmiastowe nie udało się chorej nakłonić, gdyż chciała ona w ciągu tych dwóch tygodni zakończyć przeszkoleniowy kurs wychowania fizycznego.

Chora przybyła następnie do Kliniki dn. 4.X 38; po zdjęciu opatrunku gipsowego stwierdzono znaczną ilość płynu w stawie kolanowym, oraz duże ograniczenie ruchów i bolesność, przy czym nie bolesne było tylko wyprostowanie i bardzo lekkie zgięcie. Wykonano nakłucie stawu i wypuszczono 50 cm³ płynu surowiczo-krwistego. Po usunięciu płynu ponowne badanie stawu wykazało największą bolesność przy skręcaniu podudzia ku środkowi oraz dość znaczną bolesność uciskową w części wewnętrznej szpary stawowej lewego kolana.

6.X wykonano pneumografię, która wykazała: na zdjęciu przednio-tylnym — brak zmian w łąkotkach (rys. 1);

Rys. 1.

zdjęcie boczne wykazało przerost więzadeł skrzydłowych i znaczne powiększenie kaletki podkolanowej (bursa poplitea) (rys. 2);

Rys. 2.

zdjęcia skośne wykazały, że łąkotka przyśrodkowa jest uszkodzona i brzegi jej są nierówne i pozazębiane (rys. 3).

Rys. 3.

Decydując się na zabieg operacyjny przypuszczałem, że mamy do czynienia z nieznacznym uszkodzeniem łąkotki przyśrodkowej. 10.X w narkozie ewipanowej otworzono staw kolanowy cięciem pionowym po stronie przyśrodkowej. Operowano jak zwykle przy zgiętym stawie kolanowym i kończynie luźno zwisającej. Po otwarciu stawu w pierwszym momencie nie znaleziono łąkotki przyśrodkowej, gdyż jak się potem okazało, była ona w całości przemieszczona do środka stawu, oderwana od torebki przy rogu przednim, utrzymując się przy torebce tylko rogiem tylnym. Przy wyprostowywaniu kończyny łąkotka wracała na swoje miejsce w szparze stawowej, a przy każdej próbie zgięcia kończyny z powrotem przemieszczała się do środka stawu. Łąkotkę wraz z rogiem tylnym w całości usunięto. Przebieg pooperacyjny gładki; obecnie chora jest już wyleczona, ruchy w stawie zupełnie dobre. Zmianę ułożenia łąkotki wykazuje rys. 4.

Rys. 4.

W przypadku tym zdjęcia pneumograficzne, wykonywane w pozycji wyprostnej stawu kolanowego, mogły nie wykazać żadnych zmian, gdyż łąkotka w pozycji tej znajdowała się w szparze stawowej; gdybyśmy jedno ze zdjęć pneumograficznych wykonali w pozycji zgiętej stawu kolanowego, to wtedy moglibyśmy od razu stwierdzić to przemieszczenie łąkotki.

W jednej ze swych dawniejszych prac *Goldman* i *Lachowicz,* przy omawianiu techniki pneumografii i wykonywania zdjęć rentgenowskich, początkowo stali na stanowisku, że jedno ze zdjęć winno być wykonywane przy zgiętym stawie kolanowym. Jednak po pewnym czasie obaj oni, zgodnie z innymi autorami, doszli do wniosku, że wystarczające są zdjęcia tylko przy wyprostowanym stawie kolanowym.

Z opisanego przypadku jednak wynika, że czasami dla oceny uszkodzenia łąkotki niezbędne jest zdjęcie pneumograficzne przy zgiętym stawie kolanowym.

PIŚMIENNICTWO:

A. Lachowicz i *M. Goldman:* Polski Przegląd Radiologiczny, T. X. i XI r. 1935 — 36, oraz Chirurg Polski zesz. 1/1937 r.

Die Meniskusbeschädigung im Lichte der Kniepneumoarthrographie

von

St. Tokarski.

ZUSAMMENFASSUNG.

In einem Fall von schwerer Meniskusbeschädigung war der innere Semiknorpel mit Ausnahme des Hinterhornes von der Gelenkkapsel gänzlich abgerissen und in das Gelenkinnere verschoben. Pneumographische Aufnahmen ausgeführt in Streckstellung des Gelenkes zeigten keinen eindeutigen Befund. Während der Operation wurde festgestellt, das sich der Meniskus bei der Kniegelenksbeugung in das Gelenkinnere disloziert hat, um bei Streckung in den Gelenkspalt wiederzuerscheinen. Der Verfasser ist der Ansicht, dass bei Verdacht auf eine Meniskusbeschädigung wenigstens eine der pneumographischen Aufnahmen in Beugestellung des Kniegelenkes ausgeführt werden muss.

Z Oddziału Chirurgicznego Szpitala im. Poznańskich w Łodzi.
Ordynator: *Dr J. Ajzner.*

PRZYPADEK ZŁAMANIA MOSTKA

podał

Dr M. Jakobson.

Nawiązując do pracy *W. Szonerta* p. t. „Złamania mostka" („Pol. Przegląd Chirurg.", zesz. 8, sierpień 1938), z powodu rzadkości złamań mostka pozwalam sobie opisać następujący przypadek:

21.VI 1938 A. W., l. 23, robotnik, jadąc rowerem i chcąc wyminąć przechodniów, uderzył klatką piersiową o wóz naładowany belkami drzewa. Poczuł silny ból w okolicy mostka i wskutek urazu zeskoczył z roweru. W następnej chwili, pomimo bólu, pojechał do domu (6 km) rowerem. Stąd, z powodu wzmagającego się bólu w klatce piersiowej, udał się pieszo do ambulatorium (3 km); jechać na rowerze już nie mógł. Z ambulatorium skierowano chorego na stację pogotowia, dokąd pojechał tramwajem, gdyż już chodzić nie mógł. Na stacji nałożono mu opatrunek przylepcowy i skierowano do szpitala.

Następnego dnia chory skarży się na trwałe bóle pod mostkiem, wzmagające się przy oddechu i kaszlu.

Stwierdzono przy badaniu: pacjent prawidłowo zbudowany, odżywienia miernego. Postawa chorego: głowa wysunięta do przodu, barki uniesione, kończyny górne w krańcowym przywiedzeniu zwisają do przodu. Chory stara się oddychać powierzchownie. W pozycji leżącej wytrzymać nie może, chętnie siedzi i chodzi. Klatka piersiowa: w środkowej części mostka, na wysokości III — IV żeber, wyczuwalne wgniecenie wielkości śliwki oraz schodek na przebiegu mostka. Ucisk wybitnie bolesny. Podbiegnięcia krwawego, obrzęku ani trzeszczeń w okolicy przypuszczalnego złamania nie stwierdzono. Skóra nie uszkodzona.

Płuca i serce bez objawów chorobowych. Zdjęcie rtg. wykazało: poprzeczne złamanie trzonu mostka na wysokości III żeber z przemieszczeniem ku tyłowi o ⅔ grubości mostka (rys. 1). Nałożono opatrunek przylepcowy okrężny do około klatki piersiowej w ustawieniu wydechowym. W tym opatrunku chory znosił ułożenie w łóżku.

25.VI — stan bezgorączkowy; chory chętnie chodzi, leżeć nie może.

27.V — unoszenie się w łóżku swobodne, mało bolesne. Bóle występują przy kaszlu.

I.VII — kaszel wywołuje bóle. Z powodu pie-

czenia (upały) usunięto opatrunek przylepcowy i nałożono opaskę na mastisolu.

Rys. 1.

2.VII — chory znosi opatrunek dobrze. Ruchy

Rys. 2.

głową i kończynami górnymi swobodne, jednakże, znajdując się w spokoju, pacjent ujawnia skłonność do wspomnianej postawy patologicznej z wysuniętą do przodu głową i przywiedzionymi ramionami. Dokonano zdjęcia (rys. 2). Chory wypisany do dalszego leczenia ambulatoryjnego.

Rozpatrując mechanizm tego złamania w miejscu nietypowym, uważam, że mamy tu do czynienia z bezpośrednim urazem nagłym, przy napięciu mięśni klatki piersiowej, jakiego wymaga wysiłek jazdy na rowerze. Tym się też tłumaczy izolowane wgnieceniowe złamanie mostka.

Rys. 3.

Co się tyczy leczenia, uważaliśmy za racjonalny jak największy konserwatyzm. Usuwanie przemieszczenia uznaliśmy za zbędne. Przebieg leczenia wykazał słuszność naszego postępowania.

Chory zgłosił się do badania dopiero 4.X. Czuł się przez cały czas dobrze, pracę fizyczną zaczął wykonywać po 2 tygodniach.

Końcowy wynik daje rentgenogram na rys. 3.

P O S I E D Z E N I A

POSIEDZENIE KLINICZNE T-WA CHIRURGICZNEGO WARSZAWSKIEGO

w I Klinice Chirurgicznej U. J. P. dnia 19 grudnia 1938 r.

Dr K. Cebertowicz:

PRZYPADEK TORBIELKOWATEGO ZWYRODNIENIA NEREK.

(str. własne)

Chora l. 30, zgłosiła się do Kliniki w październiku b. r. Choroba zaczęła się nagle przed 10 dniami bólami w okolicy lędźwiowej, szczególnie z lewej strony, dreszczami, wysoką temperaturą do 40°, wymiotami, dużym osłabieniem. Chora nigdy przedtem nie chorowała.

Podczas badania chorej stwierdzono wygórowanie w okolicy lędźwiowej lewej, przechodzące ku przodowi i w dół w postaci guza wielkości głowy, twardego, o powierzchni guzkowatej, mało ruchomego, bolesnego szczególnie w swej części górnej — w okolicy lędźwiowej. Skóra nad guzem przesuwalna, niezmieniona. Guz swym kształtem przypominał powiększoną nerkę. Nerka prawa wyczuwalna, wielkości dwóch pięści, wrażliwa na dotyk, mało ruchoma, o powierzchni dość gładkiej.

Wyniki badań dodatkowych: moczu — c. wł. 1,200, białko 0,05‰, w osadzie krwinki białe w całym polu widzenia, krwinki czerwone nieliczne, wyługowane, wałeczki ziarniste 1 — 2 w p. widz.; dobowa ilość od 500 — 800 cm^3. Leukocytoza we krwi 26.200, zawartość mocznika 55 mg%. Pyelografia dożylna wykazała upośledzenie czynności wydzielniczej nerki lewej oraz obustronne zniekształcenie miedniczek nerkowych.

Ze względu na obustronną sprawę nerkową, przebiegającą ze znacznym powiększeniem nerek, przypuszczaliśmy że mamy do czynienia z o b u s t r o n n y m t o r b i e l k o w a t y m z w y r o d n i e n i e m n e r e k, chociaż z drugiej strony bolesność w okolicy lędźwiowej lewej była tak duża, a sprawa chorobowa wystąpiła tak nagle, że nie wyłączaliśmy również ropnia okołonerkowego. Ze względu na dominujące objawy po stronie lewej przystąpiono do zabiegu po tej stronie *(prof. Wojciechowski)*. Cięcie w okolicy lędźwiowej lewej, skośne; dotarto do guza przypominającego zmienioną nerkę; nakłucie wykazało ciemny ropiasty płyn — nacięto guz szeroko, przy czym wylało się około litra gęstej, brunatnej ropy z domieszką krwi. Założono dreny gumowe i sączki gazowe do nerki; szwy sytuacyjne. Badając podczas zabiegu guz od dołu stwierdzono jednak tylko nieznaczne jego zmniejszenie. Z ropy wyhodowano streptokoki.

W przebiegu pooperacyjnym na razie stan chorej nieco się poprawił, ciepłota obniżyła się, bolesność nerek mniejsza. Wkrótce jednak wystąpiła oliguria, zawartość mocznika we krwi wzrosła do 143 mg%, chora była przeważnie zamroczona, wreszcie w trzy tygodnie po zabiegu zmarła wśród objawów mocznicy.

Badanie sekcyjne *(dr Siedlecka)* wykazało: status post nephrotomiam sin. Degeneratio cystica renum cum suppuratione cystium multarum. Cystes parvulae hepatis.

Torbielkowate zwyrodnienie nerek jest dość częste; ujawnia się ono klinicznie w dwu okresach życia: u noworodków i u dorosłych między 30. a 50. rokiem życia, częściej u kobiet niż u mężczyzn i jest zwykle sprawą obustronną. Znane są przypadki występujące rodzinnie.

Co się tyczy patogenezy, to podają trzy teorie powstawania tego schorzenia: 1) T e o r i a s k l e r o z y — *Virchow* uważa, że jest to stwardnienie, jako następstwo stanu zapalnego w życiu płodowym; stwardnienie obejmuje głównie brodawki, a utrudniając wydalanie moczu zawartego w kanalikach moczowych, prowadzi do rozszerzenia kanalików i kłębków. Dzisiaj teoria ta upada, gdyż nie zawsze udaje się stwierdzić stwardnienie brodawek i nie podaje ona przyczyny powstawania torbieli w innych narządach, jak wątrobie, trzustce, śledzionie, tarczycy. 2) T e o r i a n o w o t w o r o w a — torbiele są wynikiem nowotworowego bujania nabłonków kanalików. Ta teoria opiera się na zawartości pewnych torbieli i na bujaniu nabłonka, co stwierdzono czasem w ścianach torbieli. Jednak w ewolucji torbielkowatego zwyrodnienia nerek nie znaleziono nigdy objawów rozwoju nowotworowego, schorzenie to nie przechodzi w raka, za to zwykle jest sprawą obustronną i towarzyszą jej torbiele innych narządów. 3) T e o r i a w a d r o z w o j o w y c h — torbiele są wynikiem wady rozwojowej nabłonka kłębków i kanalików. Polega ona na nieprawidłowym rozwoju nabłonka prowadzącym do powstawania torbieli zamiast kanalików,

albo na tworzeniu się kanalików w ten sposób, że nie mają one prawidłowego ujścia. Teoria ta jest najbardziej interesująca, fakty jej nie przeczą, nie podaje jednak również przyczyny torbieli w innych narządach.

Choroba ta często przebiega skrycie i znajdujemy ją dopiero na sekcji z powodu śmierci z innej przyczyny, jak mocznica, zapalenie nerek. Sprawa postępuje powoli — osobnicy żyją nieraz do 80 lat — śmierć następuje z powodu mocznicy, choroby przypadkowej, wylewu do mózgu częstego u tych osobników, jak również z powodu krwotoku lub zropienia. W typowych przypadkach torbielkowate zwyrodnienie nerek przebiega klinicznie w postaci przewlekłego zapalenia nerek. Schorzenie to rozpoznane za życia powinno być leczone na drodze interwencji chirurgicznej w razie wystąpienia powikłań (zropienie lub długotrwałe krwawienie). Najwłaściwszym zabiegiem jest nefrotomia, można również myśleć o nefrektomii, np. w przypadkach krwotoku zagrażającego życiu.

Przypadek nasz omawiamy jako ciekawy ze względu na nagle wystąpienie objawów u chorej, która dotychczas nigdy nie chorowała i do ostatniej chwili ciężko pracowała fizycznie (pracownica domowa), oraz na szybkie zejście śmiertelne z powodu zropienia torbieli po obu stronach.

Dyskusja:

Dr J. Fryszman podaje analogiczny przypadek, dotyczący chorej l. 31, skierowanej z rozpoznaniem guza prawej nerki z towarzyszącym krwiomoczem. W wywiadach krwiomocz od dwóch miesięcy bez napadów bólowych. W prawym podżebrzu wyczuwało się duży guz, twardy, nierówny, mało ruchomy. Wziernikowanie pęcherza wykazało, że krwiomocz pochodził nie z prawej, lecz z lewej nerki, przy obustronnym upośledzeniu czynności wydzielniczej nerek (indygokarmin). Na tej zasadzie rozpoznano schorzenie obustronne, prawdopodobnie zwyrodnienie torbielowate nerek. Badanie rentgenowskie potwierdziło to rozpoznanie: na zdjęciu urograficznym obie nerki znacznie powiększone, sięgają prawie do talerza kości biodrowej; kielichy z obu stron wydłużone i znacznie rozszerzone; miejscami zaznaczają się półkoliste wpuklenia zwężające światło kielichów; powierzchnie nerek nierówne. Obraz ten jest typowy dla zwyrodnienia torbielowatego nerek.

Dr A. Fryszman uważa, że w omawianym przypadku może byłoby lepiej ponakłuwać lub ponacinać torbiele w których była ropa, zamiast nefrotomii.

Dr Cebertowicz: Ponieważ cała nerka była wypełniona zropiałymi torbielami, więc jedynie możliwym postępowaniem była nefrotomia.

Dr Al. Mul, dr St. Tokarski i dr A. Galewski:

PRZYGOTOWANIE DO ZABIEGÓW I POSTĘPOWANIE POOPERACYJNE W SCHORZENIACH TARCZYCY Z NADCZYNNOŚCIĄ W II KLINICE CHIRURGICZNEJ U. J. P.

(str. własne)

Referenci przedstawili, na podstawie własnej obserwacji i danych z piśmiennictwa, obecny sposób przygotowania do operacji chorych na Basedowa. Zwrócili uwagę na to, żeby chorzy byli przygotowywani do zabiegu wyłącznie tylko w zakładach i klinikach chirurgicznych. Przygotowanie chorego składa się z następujących czterech momentów: 1. przygotowanie psychiczne (uspokojenie chorego i ogólna kondycja); 2. podawanie jodu — obniżenie przemiany podstawowej; 3. odżywianie i podawanie witamin; 4. przygotowanie serca i układu naczyniowego.

Referat będzie ogłoszony w całości w „Chirurgu Polskim".

Dyskusja:

Doc. Rutkowski: Nigdy nie można przewidzieć, czy jod należy podawać w ciągu dwóch czy sześciu tygodni, a chorzy winni być operowani wtedy, kiedy wystąpi pod działaniem jodu obniżenie przemiany podstawowej (optimum); momentu tego nie wolno przeoczyć.

Pantopon i morfina są przeciwwskazane w chorobie Basedowa, gdyż zwiększają kwasicę pooperacyjną; dobrze działa luminal.

Dr Szenicer: Luminal podawany domięśniowo w dużych dawkach w ciągu kilku dni przed operacją przyczynia się do obniżenia skoków ciepłoty pooperacyjnej. Cennym środkiem w przebiegu pooperacyjnym jest także gynergen, gdyż wybitnie zmniejsza tachykardię. Naparstnica działa słabo i dlatego lepiej jest po zabiegu podawać chinidynę.

Dr Wertheim: W ciężkich przypadkach gruczolaka toksycznego lub choroby Basedowa należy przedoperacyjną obawę chorego zredukować do mi-

nimum. W swoim oddziale postępuje w ten sposób, że choremu w ciągu kilku dni przed operacją wstrzykuje dożylnie cukier, a pewnego dnia zamiast cukru wstrzykuje evipan, tak że chory nie wie, kiedy będzie operowany.

Doc. Zaorski zgadza się z referentami, że przygotowanie chorych do zabiegu winno odbywać się tylko w zakładzie chirurgicznym. Chorzy ci powinni być odosobnieni (separatki), nie być odwiedzani, nawet nie czytać.

W zakładach które nie posiadają aparatu do pomiarów przemiany podstawowej, można się kierować przybytkiem chorego na wadze — przypadki które przybierają na wadze, przebiegają zwykle pomyślnie. Ciężkie postacie schorzenia operuje zwykle dwuczasowo, podwiązując z jednej strony tętnicę, a z drugiej wykonując resekcję.

Prof. Radliński celem oszczędzenia psychiki chorego stosuje w ciągu kilku dni lawatywy, a w dniu zabiegu podaje we wlewie awertynę. Jest przeciwnikiem operowania Basedowa w znieczuleniu miejscowym. Każdy przypadek o przemianie podstawowej powyżej 50% jest poważny pod względem rokowania; bardzo złym wskaźnikiem przedoperacyjnym jest nadmierna pobudliwość tętna. Zwraca uwagę na znaczenie limfocytozy we krwi, której zwiększenie świadczy zwykle o natężeniu sprawy chorobowej.

Doc. Ostrowski: Przygotowanie psychiczne chorych do operacji może być przeprowadzone i w ten sposób, że w zakładzie, gdzie nie ma separatek (jak w II Klinice Chorurgicznej U. J. P.) chorzy ci pozostają w kontakcie z innymi chorymi, którzy już są po zabiegu wycięcia tarczycy. Dobry wygląd rekonwalescentów usuwa ich obawy przed zabiegiem.

Operację najlepiej przeprowadzać w znieczuleniu miejscowym. Jak dowodzi doświadczenie b. oddziału ś. p. *dra Sławińskiego* i II Klin. Chir. U. J. P. zabiegi wykonane w znieczuleniu miejscowym dają mniej powikłań, zarówno podczas zabiegu, jak i po nim.

W ustalaniu wskazań do operacji i ocenie stanu chorego nie należy opierać się wyłącznie na wynikach badań podstawowej przemiany materii; na dowód przytacza przypadek chorej na Basedowa, u której podstawowa przemiana materii w czasie pobytu w oddziale chirurgicznym, mimo kuracji jodowej, wzrosła z 80 na 128. Pomimo to chora ta zniosła zabieg bardzo dobrze.

Doc. Zaorski uważa, że pod względem odosobnienia należy dać choremu warunki jak najlepsze, a przynajmniej takie jakie miał w domu.

Dr Tokarski w odpowiedzi *dr Wertheimowi* wyjaśnia, że klinika stoi na stanowisku, iż nie należy oddzielać jednostki chorobowej „gruczolak toksyczny" od choroby Basedowa i dlatego referenci uwzględniali tylko to ostatnie schorzenie.

Doc. Wł. Ostrowski i dr T. Sokołowski:

PRÓBA LECZENIA CHOROBY ADDISONA WSZCZEPIENIEM NADNERCZA.

(str. własne)

U chorego, u którego rozpoznano objawy choroby Addisona z powodu gruźlicy nadnerczy, wykonano przeszczepienie nadnercza ludzkiego. Jako dawcę wybrano chorego z daleko posuniętymi objawami zgorzeli samoistnej kończyn dolnych. Wykonano jednocześnie dwa zabiegi na tej samej sali operacyjnej. U chorego ze zgorzelą usunięto nadnercze drogą brzuszną, po czym niezwłocznie wszczepiono je przedotrzewnowo pod m. skośny wewnętrzny brzucha po stronie lewej ciała, choremu z chorobą Addisona. Ze względu na ciężki stan chorego zaniechano wszczepienia nadnercza do szpiku kostnego. Przebieg pooperacyjny był początkowo dobry, jednak po pięciu tygodniach chory zmarł z powodu daleko posuniętej gruźlicy płuc. Sekcja wykazała gruźlicę obydwu nadnerczy, natomiast nadnercze wszczepione było zachowane zupełnie dobrze i nie wykazywało martwicy.

Dr Sokołowski omawia technikę zabiegu i wyjaśnia, że dlatego operowano jednocześnie w dwóch zespołach, gdyż uważano, że przeszczepienie bezpośrednie jest korzystniejsze. Kwestia, czy wszczepiać nadnercze w całości, czy też w kawałkach, jest zagadnieniem dotychczas otwartym.

Dyskusja:

Dr Byrkowski, w związku z badaniem niedomogi gruczołów, a w tym przypadku nadnercza, omówił zasady interferometru. Obecnie w II Klinice Chirurgicznej U. J. P. przeprowadza się badania czynności gruczołów dokrewnych za pomocą interferometru. Jest to aparat, który wyraża reakcję Abderhaldena w cyfrach. Badania wielu autorów na dużym materiale wykazały, że istnieje normalna krzywa czynności gruczołów do-

krewnych (korelacja gruczołów). Odchylenie od tej krzywej świadczy o tym, że dany gruczoł funkcjonuje nieprawidłowo. Brak, względnie upośledzenie czynności jakiegokolwiek gruczołu można dzisiaj uwidocznić.

Jako przykład przytacza przypadek z II Klin. Chir. U. J. P., dotyczący chorego na spondylitis ankylopoëtica. U chorego tego badano interferometrem krew i stwierdzono wzmożoną czynność grasicy. Po operacji, polegającej na wycięciu przytarczyczek oraz kawałka grasicy wielkości 5 × 4 × 2 cm, powtórne badanie interferometrem, wykonane w dwa tygodnie po zabiegu, wykazało że czynność grasicy obniżyła się do normy.

Doc. Zaorski uważa, że lepiej jest wszczepiać gruczoł rozkawałkowany, gdyż otoczka gruczołu przeszkadza we wrastaniu naczyń, co sprzyja powstawaniu martwicy rozpoczynającej się od środka. Wszczep nie powinien być uciśnięty.

Doc. Rutkowski od dawna już zajmuje się przeszczepianiem gruczołów, przy czym gruczoły te pobiera od zwierząt (świnia, prosię). Mechanizm działania wszczepionego gruczołu polega na tym, że przeszczep jest bodźcem dla drzemiących, nieczynnych gruczołów. Każdy przeszczepiony gruczoł żyje tylko w ciągu ograniczonego okresu czasu. Początkowo *R.* przeszczepiał świeże gruczoły, pobrane bezpośrednio ze zwierzęcia. Opisuje przypadek, gdzie choremu z moczówką prostą wszczepił świeżą przysadkę świni i otrzymał bardzo dobry wynik. Wynik ten utrzymywał się przez 7 miesięcy, po czym zabieg trzeba było powtórzyć — wszczepił wtedy od razu dwie przysadki. W chorobie Addisona wszczepił nadnercze prosięcia — wynik b. dobry, obserwacja trwa 3 miesiące.

Obecnie wszczepia gruczoły otrzymywane z rzeźni po upływie kilku godzin i rezultaty ma tak samo dobre. Wszczepy te są przewożone w płynie fizjologicznym. Miejsce wszczepienia — między mięśniami a otrzewną w lewym podbrzuszu.

W przypadku referentów ciekawy i cenny jest przede wszystkim wynik sekcyjny, gdyż rzadko daje się widzieć jak wygląda wszczepiony gruczoł.

Doc. Ostrowski: Przeszczepy zwierzęce działają tylko czasowo, natomiast przeszczepy narządów człowieka mogą się wgoić na stałe i żyć.

Dr Al. Fryszman:

KILKA PRZYPADKÓW WSTECZNEJ WĘDRÓWKI KAMIENI MOCZOWYCH.

Referat będzie drukowany w całości.

Dr T. Sokołowski i dr M. Telatycki:

LECZENIE GRUŹLICY PŁUC TORAKOPLASTYKĄ CZĘŚCIOWĄ GÓRNĄ. OCENA EPIKRYTYCZNA PRZYPADKÓW Z MATERIAŁU WŁASNEGO SANAT. WOJSK. W OTWOCKU.

(str. własne)

Istnieje kilkaset sposobów i przepisów leczenia gruźlicy płuc. O tym wygłaszają sąd nie tylko lekarze, ale liczni znachorzy i laicy. Gdyby ująć wszystkie środki farmaceutyczne polecane przez różne kraje dla leczenia suchot, to z samych nazw leków powstałby pokaźny tomik. I mimo wszystko z całym poczuciem odpowiedzialności należy przyznać, że poza ogólnie wzmacniającym leczeniem klimatycznym o surowym, pełnym prywacji trybie życia, jedyny tylko rodzaj leczenia można brać poważnie w rachubę, mianowicie leczenie zapadowe. Ono jedynie w granicach dotychczasowych ludzkich możliwości daje wyniki dość szybkie, a wyleczenie jest mniej chwiejne, niż osiągnięte każdym innym sposobem.

Nie oznacza to bynajmniej, że każdy przypadek gruźlicy daje wskazania do tego leczenia, i że każdy rodzaj leczenia zapadowego jest równie skuteczny. Przeciwnie. Prawie każdy z kwalifikujących się tu przypadków wymaga innego wkroczenia. Każdy z zabiegów, mimo zalet, jest związany z szeregiem niebezpieczeństw, niekiedy śmiertelnych. Nawet zabieg tak niezłożony jak odma sztuczna wymaga umiejętności co do jej prowadzenia. Dotyczy to objętości i częstości dopełnień. Nieumiejętnie podtrzymywana lub przedwcześnie przerwana odma może więcej zaszkodzić niż pomóc. Otok olejowy niewłaściwie i nie w porę zastosowany często sprowadza śmiertelną perforację płuca, podobnie jak niewłaściwie dokonane przepalenie zrostów opłucnowych. Wyrwanie nerwu przeponowego dokonane na chorym, nie dającym ściśle określonych wskazań, może spowodować nieodwracalną a męczącą duszność, nie wpływając zupełnie na uspokojenie się sprawy swoistej w ogniskach płucnych itd.

Jeszcze w większej mierze dotyczy to torakoplastyki, która jest zabiegiem traumatyzującym bezpośrednio znacznie więcej, niż sposoby poprzednio wymienione, dokonuje się bowiem zabiegu cięż-

kiego, krwawego i sprowadzającego nieodwracalne zmiany w architekturze klatki piersiowej na człowieku przebywającym jedną z najcięższych chorób jakie zna ludzkość.

Tu więc odpowiedzialność lekarza kwalifikującego do zabiegu jest większa niż kiedykolwiek indziej, podobnie jak operującego chirurga. Ostateczny bowiem wynik korzystny lub zgubny dla chorego jest wypadkową techniki operacyjnej i stopnia prawidłowości postawionych wskazań, opartych nie tylko na stwierdzeniu rozległości i umiejcowienia ognisk, lecz w równej mierze na ocenie wytrzymałości chorego i sprawności funkcjonalnej jego organizmu. Zadaniem ftizjologa jest oddanie do rąk chirurga pacjenta dojrzałego do zabiegu, t.j. w stanie posiadania jak najlepszych szans zniesienia urazu. Rolą chirurga jest wykonanie zabiegu możliwie szybko, oszczędzająco i możliwie wybiórczo, w warunkach zapewniających jak najlepszy i najkrótszy przebieg okresu pooperacyjnego.

Błędem jest poddawanie zabiegowi pacjenta z klasycznymi wskazaniami lokalnymi bez uwzględnienia stanu ogólnego, pojemności życiowej, stanu drugiego płuca, krążenia itp. Podobnie jak błędem jest wykonanie zabiegu o zbyt małym lub zbyt dużym zasięgu. W pierwszym przypadku najidealniejsza technika będzie urazem przekraczającym wytrzymałość pacjenta ze złym stanem ogólnym, w przypadku drugim — cierpienia operowanego będą ofiarą chybioną, gdyż sprawa będzie się rozwijać nadal, a nowopowstałe warunki architektury klatki piersiowej często uniemożliwią korekturę, wreszcie zabieg zbyt rozległy, okaleczając chorego, równocześnie sprowadza niepotrzebny zapad zdrowych części płuca i to u chorych, którym zachowanie funkcji każdego zdrowego skrawka powierzchni oddechowej zwiększa szanse dłuższego życia.

Mechanizm działania leczniczego chorej tkanki płucnej nie jest jeszcze dostatecznie poznany. Jednak jest faktem dowiedzionym ponad wszelką wątpliwość, że tylko taki zapad działa leczniczo, który stwarza dla płuca warunki zbliżone do idealnej odmy, t.zn. odpręża płuca ze wszystkich stron umożliwiając jamom nieograniczone i swobodne zewsząd, koncentryczne obkurczanie się. To też rozległość zabiegu nie może być wynikiem jakiegoś raz na zawsze powziętego szablonu lub widzimisię chirurga, dyktuje ją bowiem w każdym wypadku wielkość i lokalizacja ognisk czy jam. Tylko te żebra winny być usunięte, których obecność, jako aparatu podwieszającego przyrośniętą do ściany schorzałą część płuca, uniemożliwia jej koncentryczne spadnięcie się.

Jeszcze ważniejszą sprawą niż kwestia ilości żeber podlegających resekcji jest rozległość zabiegu w szerz, to znaczy ich ucięcie bliżej kręgosłupa i mostka. Jakże bowiem często widuje się chorych, którym polegający na szablonie *Sauerbrucha* chirurg wyciął wszystkie niemal żebra z jednej strony, podczas gdy na kliszy wdłuż długich kikutów przykręgosłupowych części żeber widnieje taśma przyrośniętego do nich płuca, w której jama zieje po dawnemu, dokumentując, że zabieg, acz ciężki i bardzo rozległy, jest zupełnie chybiony.

Te spostrzeżenia doprowadziły — jeżeli chodzi o nowoczesną torakoplastykę — do skrystalizowania się poglądów olbrzymiej większości chirurgów płucnych w trzech następujących postulatach:

1) Dla leczenia jam górnopłatowych klasyczne metody *Sauerbrucha*, *Wilmsa* i *Friedreicha*, kładące nacisk na rozległość zabiegu w dłuż, winny być zaniechane na korzyść plastyk częściowych górnych, wybiórczych, rozległych w szerz, to znaczy z radykalnym usunięciem zarówno przykręgowych części dwóch lub trzech pierwszych żeber, możliwie łącznie z szyjkami, jak i ich części przymostkowych.
2) Ilość i długość przykręgosłupowych wycinków dalszych żeber, zazwyczaj do V, VI i VII włącznie, ustala się poprzednio przez obliczenia oparte na danych z wyników badania rentgeno- i tomograficznego. Dodam od siebie, że bardzo pomaga tu posługiwanie się wskazówkami obliczeniowymi *Cardisa*, których zasady podałem niedawno w „Gruźlicy", „Lekarzu Wojskowym" i „Chirurgu Polskim".
3) Kwalifikowanie do zabiegu i leczenie torakoplastyką winno być przedmiotem i wynikiem ścisłej i stałej współpracy chirurga z ftizjologiem.

Rzecz oczywista, że przygotowanie przedoperacyjne, wykonanie zabiegu i prowadzenie pooperacyjne w warunkach klimatu i opieki sanatoryjnej olbrzymio zwiększa pomyślne szanse.

Czy tak postawiona sprawa pozwala liczyć na korzystne wyniki i w jakiej mierze?

Na to pytanie może odpowiedzieć jedynie kazuistyka zabiegów wykonanych w tych właśnie warunkach.

Dzięki uprzejmej gotowości *dr T. Sokołowskiego* zapoczątkowaliśmy torakoplastyki częściowe w Sanatorium Wojskowym w Otwocku w roku 1936.

Dotychczas wykonano 19 zabiegów. W 5-ciu pierwszych przypadkach zabieg nie był doprowadzony do zamierzonego końca, albo był wykonany z innych wskazań. Mianowicie w 4-ch przypadkach — a było to w czasie zapoczątkowywania u nas tej metody — pacjenci po seansie przednim opuścili zakład nie chcąc poddawać się ryzyku zabiegu końcowego. Wszyscy dotąd żyją, lecz po pewnym czasie albo wystąpiła bilateralizacja, uniemożliwiająca na razie dokończenie zabiegu, albo zgłaszają się obecnie po zabieg końcowy. W 5-tym przypadku chodziło o pacjenta leczonego odmą, która jednak nie zdołała ucisnąć olbrzymiej sztywnej jamy. Ta w końcu sperforowała, dając groźny stan mieszanego ropniaka opłucnej i przetokę skórno-opłucnową. W tej właśnie fazie, prawie in extremis, na gorące prośby rodziny zastosowano plastykę jako ostateczną szansę, wobec zupełnej beznadziejności innych metod. Pacjent wkrótce zmarł.

Omówieniu zatem podlega 14 przypadków, u których zabieg wykonano do końca i wskazania były ustalone w sposób wyżej podany. Mężczyzn było 9, kobiet 5. Zabiegów prawostronnych było 8, lewostronnych 6.

Nie należy zapominać, iż wszystkie te przypadki dotyczyły osób, nosicieli jam, którzy od lat prątkowali, byli na leczeniu zachowawczo-sanatoryjnym, popartym opo- i farmakoterapią w sumie po kilkanaście miesięcy — bez wyniku. Próby założenia odmy nie powiodły się lub dały wynik przeciwwybiórczy. A zatem chodziło o osoby z bardzo małymi szansami na dłuższe życie. Z omawianych 14 przypadków operował 12 *dr Sokołowski*, zaś 2 inni operatorzy, jednak według tej samej techniki i wskazówek tego samego ftizjologa. Wiek operowanych 23 — 43 lat. Wyniki:

Śmiertelność wczesna i późna	0
Bez zmian stanu	1
Wyników dostatecznych — średnia poprawa	1
Wyników dobrych — duża poprawa	2
Wyników bardzo dobrych	10

Odmiennie od liberalnych autorów ocenę stawiamy rygorystycznie. Za d o s t a t e c z n y uznaliśmy wynik następujący: Prawie zupełny zanik poprzednio olbrzymiej jamy przy dużej poprawie stanu ogólnego. Jednak wobec później powstałych objawów średnio posuniętej skrobiawicy, uważamy że tylko przedłużyliśmy życie pacjentowi na kilka lat. Za wynik d o b r y uznaliśmy wyleczenie jamy i powrót do doskonałego samopoczucia, jednak prątkowanie z ognisk stacjonarnych w drugim płucu zaciemnia rokowanie. Przewidujemy zabieg drugostronny w bliskiej przyszłości. Wreszcie za wynik b a r d z o d o b r y uważamy: zupełne zniknięcie jamy, potwierdzone tomografią, zniknięcie prątków w plwocinie, zniknięcie objawów czynnościowych i osiągnięcie tak doskonałego samopoczucia i powrotu do zdrowia, że pozwoliło nam wyrazić zgodę na podjęcie przez pacjenta dotychczasowej pracy. Tak np. z 9-ciu mężczyzn — 6-ciu wróciło do służby zawodowej w wojsku, w tym 3 do służby liniowej młodszych oficerów. Niektórzy z nich pracują około 2 lat, ciesząc się dobrym zdrowiem.

Na zakończenie kilka pokazów [1]:

1) *B. J.* żona plutonowego. Uchwytny początek choroby w 1932 r. W 1933 r. — średnia jama w szczycie prawym, nie dająca się ucisnąć odmą. W 1936 — olbrzymia jama. Po plastyce p3 — t8 — zapad kompletny prawego płuca. Jama prawie niewidoczna. Stan bezgorączkowy. Prątki +.
2) *W. J.* Klasyczny przykład plastyki wybiórczej. Uchwytny początek choroby w 1929. Od tego czasu okresowo prątkuje. 5 razy pobyt w sanatoriach. Na zdjęciu drobne zmiany w obu szczytach i dopiero tomogram wykazuje sporą jamkę pod obojczykiem lewym. Plastyka p2 — t5 daje na rtg. obraz zupełnego zapadu lewego szczytu. Chora bez prątków, bez objawów.
3) *W. J.* Uchwytny początek choroby w 1936. Lobit górny lewy z jamką w szczycie. Próba odmy dała wynik przeciwwybiórczy i dalsze dwa rozpady w środkowym polu płuca lewego. WNP zlikwidowało te jamki, lecz szczytowa jama postępowała. Pierwsze tempo plastyki dało znów nowe nacieki w środkowym polu płuca prawego i dopiero tempo tylne (7 ż.) zlikwidowało sprawę. Pacjent od dawna nie prątkuje, przybrał na wadze ok. 7 kg. Nie gorączkuje. Odpluwa minimalnie.
4) *B. H.* Uchwytny początek choroby w 1935, po przebytym w 1922 r. prawostronnym wysiękowym zapaleniu opłucnej. Jamka w prawym szczycie i naciek nad prawą przeponą. WNP zlikwidowało dolny naciek, ale rozpad jamy powiększył się. Dopiero plastyka p3 — t5 zlikwidowała trwale ten stan.
5) *K. S.* W anamnezie w 1928 zapalenie wysiękowe opłucnej lewostronne i resekcja jeli-

[1] Ze względów technicznych nie reprodukujemy rentgenogramów pokazanych w dużej ilości — Red.

ta grubego z powodu zmian gruźliczych w 1931. Obecnie chory od 1936. Zbliznowaciały lobit górny prawy, wydrążony jamą i rozległe zrosty po stronie lewej. Wobec silnych krwiopluć, gorączki i złego samopoczucia poddany plastyce p3—t7. Nie prątkuje. Stan bardzo dobry. Pracuje.

6) *B. M.* Uchwytny początek choroby 1933. Z powodu jamy szczytowej lewej leczona plastyką wybiórczą, lecz zbyt mało radykalną w Warszawie. Prątkowała nadal i źle się czuła. Plastykę skorygowano, lecz na tomogramach widać było nadal coraz bardziej malejącą szczelinę, co w końcu doprowadziło do odprątkowania i dobrego stanu.

Dyskusja:

Doc. Ostrowski: Mnożące się pokazy przypadków gruźlicy płuc, omawiane w naszym Towarzystwie świadczą, że chorobę tę traktujemy w sposób właściwy, a mianowicie jako chorobę chirurgiczną. Bo istotnie jest to choroba chirurgiczna w takim samym stopniu, jak wrzód żołądka albo kamica pęcherzyka żółciowego. Podobnie jak w wymienionych sprawach chorobowych wielu chorych na gruźlicę płuc może uzyskać zdrowie jedynie po zastosowaniu leczenia operacyjnego. Prelegenci w ocenie swych przypadków zastosowali jedynie właściwe kryterium, jakim jest rentgenogram, pozwalający dokładnie określić wynik zabiegu.

Przedstawiona metoda postępowania w jamach szczytowych, jako bardzo radykalna, z pewnością zapewnia największy odsetek wyleczenia. Nie ulega jednak wątpliwości, że nieraz dobry wynik można uzyskać przy postępowaniu bardziej oszczędnym. Mianowicie w przypadkach jam małych, położonych bocznie, wystarcza zazwyczaj wycięcie tylko tylnych łuków żebra, a w przypadku jam większych operacja, którą stosowali prelegenci, jednak z zachowaniem poprzecznych wyrostków kręgów. Takie postępowanie zostało zastosowane u 5 chorych operowanych w II Klinice Chirurgicznej U. J. P. w ciągu ostatnich miesięcy. U 4 jama natychmiast po operacji zapadła się całkowicie, u piątego nie całkowicie, co nie przesądza zresztą ostatecznego wyniku leczenia (pokaz rtg. przypadków).

Dr Sokołowski: Przypadki *doc. Ostrowskiego* w wyniku ostatecznym może nie będą tak dobre, jak to się teraz wydaje, gdyż są one zupełnie świeże, a istniejący wysięk i powietrze po odłuszczeniu może maskować istotny stan rzeczy. Ten ucisk zmniejsza się później i może dojść do ekstenzji jam. Ostatecznie rozstrzygnąć sprawę techniki może tylko przetrawienie dużego materiału, którym dotychczas nie rozporządzamy.

Prezes Tow. Chir. Warsz.:
Doc. J. Mossakowski.

Sekretarz:
Dr S. Tokarski.

KOMUNIKAT

Redakcja otrzymała następujące pismo:

„Szanowny Panie Redaktorze. Uprzejmie proszę o wydrukowanie w najbliższym numerze „Chirurga Polskiego" załączonej wzmianki o ogłoszeniu przeze mnie subskrypcji na tom I „Chirurgii przypadków nagłych". Mając nadzieję, że Sz. Pan Kolega nie odmówi mej prośbie, łączę wyrazy prawdziwego szacunku

Doc. Dr T. Butkiewicz".

Do pisma tego został dołączony następujący komunikat:

Docent U. J. P. dr med. T. Butkiewicz (ordynator I oddz. chir. Szpit. Przem. Pańsk. w Warszawie) ogłosił subskrypcję na opracowany przez siebie „Chirurgii przypadków nagłych" tom I, którego treść jest następująca:

A. Część ogólna. Organizacja pomocy chirurgicznej w przypadkach nagłych. Rozdział I. — Pierwsza pomoc chirurgiczna. Rozdział II. — Wykonywanie operacji w mieszkaniu prywatnym. Rozdział III. — Transport. Rozdział IV — Pomoc chirurgiczna w zakładzie leczniczym (1. ogólna organizacja i zasady pomocy chirurgicznej, 2. istota i technika bezgnilnego i przeciwgnilnego postępowania, 3. przygotowanie chorych do zabiegu, 4. znieczulenie).

B. Część szczegółowa. Stany chorobowe stanowiące dziedzinę chirurgii przypadków nagłych. I. — Krwotok (1. og'lna patologia i terapia krwotoku, 2. część szczegółowa). II. — Zatory. III. — Zakrzepy.

Zapowiedziany tom I będzie zawierał ponad 600 stron i 360 rysunków. Cena jego w przedpłacie wynosi 25 zł, z przesyłką pocztową 27 zł. Przedpłatę uiszcza się na konto czekowe P. K. O. Nr 22.592 jednorazowo (do 10 stycznia) lub w dwóch ratach (do 10 stycznia i do 1 kwietnia 1939 r.). Szczegóły dotyczące subskrypcji, ogólnego układu dzieła i treści tomu I podane są w prospekcie, załączonym do grudniowego numeru „Dziennika Urzędowego Izb Lek.". Po upłynięciu terminu subskrypcji (10 stycznia) — cena książki będzie podwyższona.

Regulamin ogłaszania prac:

1. *Prace nadesłane do redakcji do druku, powinny być pisane na maszynie, na jednej stronie znormalizowanego arkusza, z pozostawieniem odstępu ponad tytułem, interlinii i marginesu po lewej stronie druku.*

2. *Do prac należy dołączyć streszczenia w języku polskim i w jednym z języków obcych: angielskim, francuskim lub niemieckim; w wyjątkowych razach, jeżeli autor ma trudności, tylko w polskim.*

3. *Prace powinny być wykończone starannie pod względem stylu i pisowni; redakcja prosi specjalnie o dokładną korektę nazwisk autorów cytowanych w pracy, jak również podanego piśmiennictwa (rok, tom, zeszyt, wzgl. stronica).*

4. *Rękopisy prac redakcja przechowuje w archiwum w ciągu roku, fotografie, rysunki i rentgenogramy zwraca na żądanie.*

Warunki prenumeraty:

Rocznie 12 zł, półrocznie 6 zł. Konto czekowe P. K. O. 22.332.

Klisze drukarskie:

Autorzy, którzy życzą sobie nabyć na własność klisze drukarskie własnych prac, mogą je otrzymać od Administracji w cenie połowy kosztów.

Ceny ogłoszeń:

Cała str. przed tekstem 110 zł, za tekstem 100 zł; ½ str. przed tekstem 55 zł, za tekstem 50 zł; ¼ przed tekstem 32 zł, za tekstem 30 zł. Wkładki za każde 500 szt. 50 zł, ogłoszenia stałe o 10% taniej.

Zakł. Graf. „DRUKPRASA" Sp. z o. o. Nowy-Świat 54, tel. 615-56 i 242-40.